

Esté Activo ~ Esté Sano

*This form expires on May 31, 2014*

# Información sobre Inscripciones y Exámenes de Diagnóstico de la Oficina de la Salud para Mujeres y Hombres para el Programa Cada Mujer Importa y el Programa para la Detección de Cáncer de Colon de Nebraska

to be used in clinics for **NEW** Enrollments **ONLY**

## Exámenes de cáncer cervical y cáncer de seno:

Cubre: **mujeres entre 40 y 74 años de edad**

- Examen clínico del seno (CBE, por sus siglas en inglés)
- Mamografías
- Examen de la pelvis y Papanicolaou

## Examen cardiovascular y de diabetes

Cubre: **mujeres entre 40 y 74 años de edad**

- Chequeo de presión sanguínea
- Chequeo de colesterol
- Chequeo del azúcar (glucosa) en la sangre

## Examen para la detección de Cáncer de Colon

Los servicios para: **hombres y mujeres de Nebraska entre 50 y 74 años de edad**

- Examen de detección de sangre en materia fecal (FOBT, por sus siglas en inglés) o
- Colonoscopia – si califica

## Servicios de Prevención en Salud

Cubre: **todos los clientes**

- Información sobre salud y bienestar
- Acceso a la línea gratuita de asistencia para dejar de fumar:  
Nebraska Tobacco Quitline - 1.800.784.8669 o QuitNow.ne.gov



Usted **NO** califica para recibir los servicios de los Programas Cada Mujer Importa (CMI) y Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP) si:

- Es menor de 40 años (EWM)
- Es menor de 50 años (NCP)
- Es mayor de 74 años
- Tiene Medicaid, Medicare Parte B u Organización para el Cuidado de la Salud, (HMO por sus siglas en inglés)
- Tiene un nivel de ingresos superior a los estándares (Para ver los estándares del nivel de ingresos consulte: [www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm))

Si usted es menor de 40 años de edad o mayor de 74 años de edad, hable con su proveedor de servicios de salud acerca de cuáles servicios de prevención son apropiados para usted.

Oficina de la Salud para Mujeres y Hombres

Programa Cada Mujer Importa - Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska

301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817 - Lincoln, NE 68509-4817

Línea gratuita: 800.532.2227 - En Lincoln: 402.471.0929 - Fax: 402.471.0913

Sitios Web: [www.dhhs.ne.gov/womenshealth](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth); [www.dhhs.ne.gov/menshealth](http://www.dhhs.ne.gov/menshealth); [www.dhhs.ne.gov/crc](http://www.dhhs.ne.gov/crc)

2013 - #5U58/DP000811-05; 5U58/DP001421-04; 5U58/DP002043-03



# *Bienvenido* al Programa Cada Mujer Importa y al Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska

Como cliente, usted tiene acceso a servicios de calidad en salud, educación e información, que le ayudan a crear un estilo de vida saludable y de bienestar personal. **Para pertenecer al programa y acceder a sus servicios, tenga en cuenta lo siguiente:**

## TODOS LOS CLIENTES:

- Complete las páginas 3 a 8.
  - Debe llenar todas las áreas sombreadas en gris.
  - Usted no podrá inscribirse a menos que haya completado estas páginas.
- Reserve una cita con su empresa proveedora de servicios de salud autorizada.
  - Si usted elige una empresa de salud que no sea contratista de los programas, sus servicios no serán cubiertos.
  - La lista de proveedores contratistas se encuentra en: [www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm).
- Entréguele este formulario de inscripción a su proveedor.
- Pregunte a su proveedor de salud e infórmese sobre los exámenes que le va a hacer.
  - Sólo serán cubiertos los exámenes que aparecen en este paquete informativo.

**Cada Mujer Importa**  
**(entre 40 y 74 años de edad)**  
**(MUJERES)**

**Programa para la Detección de Cáncer de**  
**Colon de Nebraska**  
**(50 a 74 años de edad)**  
**(HOMBRES Y MUJERES)**

### Si se le ordena una mamografía:

- ❖ Su proveedor de salud le dará un formulario de Reporte de Mamografía de CMI.
  - ❖ Lleve su formulario a la cita de la mamografía.

### Asegúrese de que su corazón está saludable:

- ❖ Venga a su cita en ayunas.
  - ❖ Ayunar, significa que usted no haya comido o bebido ningún líquido, excepto agua, 9 (nueve) horas antes de sus exámenes.
  - ❖ Los resultados de sus exámenes de sangre serán más precisos si se los hace en ayunas.

La elegibilidad al programa se basa en el historial médico familiar y personal. La oficina central le notificará una vez usted haya sido aprobado para recibir los servicios del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska.

# Autorización de Acceso y Divulgación de información Médica

Versión: Julio 2013

- Para pertenecer a *Cada Mujer Importa* y al Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska, usted debe leer las páginas 3 a 4. **Sólo será inscrito en los programas cuando haya firmado y puesto la fecha en la página 4.**

## PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON DE NEBRASKA (HOMBRES y MUJERES)

- \* Quiero ser parte del programa *Cada Mujer Importa (CMI)* Sé que:
  - \* Debo tener entre 40 y 74 años de edad para recibir los servicios
  - \* Mi nivel de ingresos no puede ser superior a los estándares de ingreso
  - \* No puedo tener Medicaid, Medicare Parte B, o un HMO
  - \* Debo pertenecer al género femenino (según lo establecido por ley federal)
  - \* Puedo notificar a *CMI* cuando no desee pertenecer más al programa.
- \* Sé que si tengo entre 40-74 años de edad, pueda que califica para todos los servicios de evaluación que el programa de Cada Mujer Importa ofrece, basado en las pautas de US Preventive Services Task Force.
- \* Sé que si tengo entre 40 a 74 años de edad, puedo recibir exámenes diagnósticos de cáncer del seno y cáncer del cuello del útero, al igual que exámenes de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad basado en las pautas del programa. Me he informado con mi proveedor de servicios de salud sobre los examen(s) diagnóstico y entiendo los efectos y las molestias que se pueden presentar. Solamente seré elegible por los servicios o exámenes basado en las pautas de US Preventive Service Task Force y los requisitos del programa.
- \* Entiendo que podría tener que aumentar mi nivel de actividad física y hacer cambios en mi dieta como parte de la educación que el programa me ofrece. Entiendo, además, que antes de hacer dichos cambios, es recomendable hablar con mi proveedor de servicios de salud sobre las inquietudes o las dudas que pueda tener.
- \* He hablado con la clínica sobre la forma en que voy a pagar los exámenes y servicios que no sean cubiertos por *CMI*.

## CADA MUJER IMPORTA (MUJERES)

- Quiero ser parte del **Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP)** por sus siglas en inglés). Sé que:
  - Debo tener de 50 a 74 de edad para recibir los servicios (*sin excepciones*)
  - Mi nivel de ingresos no puede sobrepasar los estándares establecidos
  - No debo tener *Medicaid, Medicare* Parte B, o un *HMO*
  - Debo inscribirme en *NCP* cada año
  - Debo tener un médico de cabecera
  - Puedo notificar a *NCP* cuando no desee pertenecer más al programa
  - Debo ser residente de Nebraska
- Si soy elegible para participar, entiendo que *NCP* puede revisar mi historia médica para decirme a cuales exámenes califico.
- Con base en mi historial médico y el tipo de examen al que califico, sé que *NCP* puede suministrarme el kit de utensilios para tomar la muestra de materia fecal en casa, (*FOBT* por sus siglas en inglés) y/o ayudarme a pedir una cita para una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo el kit de utensilios de *FOBT del programa*, y el resultado de mi examen es positivo, me pueden hacer una colonoscopia de seguimiento.
  - Si se me hace una colonoscopia a través de *NCP* entiendo que debo pagar el 10% del costo.
  - Entiendo que mis pagos van a servir para ayudar a otras personas con los gastos de Colonoscopia por intermedio de *NCP*.
- Hablaré con mi proveedor de servicios de salud sobre los exámenes de diagnóstico de cáncer de colon para informarme sobre los posibles efectos colaterales o molestias que se puedan presentar.
- Hablaré con la clínica sobre la forma de pago de los exámenes que no sean cubiertos por *NCP*.
- Entiendo que *NCP* no pagará el tratamiento si se me diagnostica cáncer de colon. El personal de *NCP* me podrá asesorar para que busque recursos para el tratamiento.

Por favor continúe en la página 4. **Usted debe firmar esa página.**

# Autorización de Acceso y Divulgación de información Médica

(Continuación)

Versión: Julio 2013

- ◆ Posiblemente me sea dada información para aprender cómo hacer cambios en mi dieta, incrementar actividad física, y/o dejar de fumar. *CMI/NCP* pueden recordarme cuando sea el momento de reservar una cita para hacerme los exámenes de diagnóstico, también pueden enviarme correspondencia con información sobre mi salud.
- ◆ Puedo recibir materiales educativos y de prevención y diagnóstico, basados en mi historial médico personal y familiar. Sé que si cambio de dirección y no aviso a *CMI/NCP*, no podrán informarme sobre educación y evaluación diagnóstica. Acepto mi responsabilidad de seguir todas las recomendaciones que me dé mi proveedor de salud.
- ◆ Mi proveedor de servicios de salud, laboratorio, clínica, unidad de radiología y/o hospital pueden dar información a *CMI/NCP* sobre los resultados de mis exámenes de cáncer cervical y de seno, exámenes de diagnóstico de enfermedad cardíaca y diabetes, diagnóstico colon-rectal, exámenes de seguimiento y de diagnóstico en general; al igual que información sobre mis tratamientos a *CMI/NCP*.
- ◆ Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, *CMI/NCP* puede compartir mi historia clínica y médica, incluyendo los resultados de laboratorio, con mis proveedores de servicios de salud.
- ◆ Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de seguro social y/u otra información personal será usada sólo por *CMI/NCP*. Puede ser usada para informarme que necesito exámenes de seguimiento. Ésta información puede ser compartida con otras organizaciones, según se requiera, para poder recibir recursos económicos para tratamiento.
- ◆ Otra información puede ser utilizada en estudios médicos aprobados por *CMI/NCP* y/o los Centros para la Prevención de Enfermedades (*CDC* por sus siglas en inglés); por parte de investigadores de otras instituciones que buscan ampliar el conocimiento sobre salud masculina y femenina. Estos estudios no usarán nombres propios u otra información personal.

**Para pertenecer a CMI/NCP, usted debe ser un residente de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. Por favor señale la opción pertinente.**

- ◆ Con el propósito de cumplir con lo establecido por Neb. Rev. Stat. §§4-108 hasta 4-114, declaro lo siguiente:
  - Soy ciudadano de Los Estados Unidos.
  - O**
  - Soy un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. He adjuntado una copia **por ambos lados** de mis documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Los Estados Unidos, (*USCIS* por sus siglas en inglés).

Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertos, completos, y exactos; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

Nombre en Letra Imprenta (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Firma del Cliente

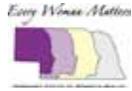
Fecha / Inscripción

Fecha de Nacimiento del Cliente

# Cada Mujer Importa/Programa para la Detección de Cáncer de Colon de Nebraska Inscripción

\*Para usar este formulario debe tener de 40 a 74 años de edad

Se harán los arreglos necesarios para las personas con discapacidades. TDD (800)833-7352. El Departamento De Salud y Recursos Humanos de Nebraska (DHHS) provee ayuda gratuita a personas con Capacidad de Expresión Limitada en el idioma inglés (LEP).



301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817  
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913  
1-800-532-2227  
www.dhhs.ne.gov/womenshealth || www.dhhs.ne.gov/menshealth || www.dhhs.ne.gov/crc

Versión: Julio 2013

## CLIENTES:

- Lean, completen, firmen y escriban la fecha en las páginas 3 a 8.
- *Todas las áreas sombreadas en gris se deben completar.*
- *Ustedes no serán inscritos a menos que estas páginas estén completas.*

## PROVIDERS:

- Be sure that all information on Pages 3-8 are completed by the client.
- Complete Page 9 for screening services.
- Read Page 10 for helpful information on Clinical Practice/Reimbursement Reminders.
- Give the client Pages 11 and 12 once heart health screenings are recorded and discussed with client.

### PARA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON DE NEBRASKA (SÓLO para hombres y mujeres de Nebraska entre los 50 y 74 años):

- El cliente no califica para servicios de detección de cáncer de colon a menos que haya devuelto los formularios a la oficina central y el personal clínico los haya revisado. Una vez que la clínica revise la información, se notificará al cliente si es elegible para los servicios del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska y al tipo de examen de colon al que califica. El cliente debe tener un médico de cabecera. Los resultados de los exámenes se le enviarán al cliente y al proveedor de servicios médicos.

<b>Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Apellido</b>	<b>Apellido de Soltera</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> / /
<b>Género</b> M / F	<b>Número del Seguro Social</b>		<b>Dirección</b>		
<b>Ciudad</b>			<b>Condado</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<input type="checkbox"/> Por favor marque la casilla si desea recibir el boletín del cliente o información programática en su correo electrónico. <b>Dirección de correo electrónico:</b> _____					
<b>Teléfono de la casa</b> ( ) ( ) ( )		<b>Teléfono del trabajo</b> ( ) ( ) ( )		<b>Teléfono celular</b> ( ) ( ) ( )	
<i>En caso de que no podamos localizarle:</i> Persona para contactar: _____ Relación: _____ Teléfono: ( ) ( ) ( ) _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____			<b>¿Cómo se entero del programa?</b> <input type="checkbox"/> doctor/clínica <input type="checkbox"/> familia/amigo <input type="checkbox"/> agencia <input type="checkbox"/> periódico/radio/TV <input type="checkbox"/> auto-referida <input type="checkbox"/> trabajadora social <input type="checkbox"/> otro _____		
<b>¿De que Raza o Etnia es usted ?</b> <input type="checkbox"/> India Americana Tribu _____ <input type="checkbox"/> Negra/Afro-Americana _____ <input type="checkbox"/> Méjico-Americana _____ <input type="checkbox"/> Blanca _____ <input type="checkbox"/> Asiática _____ <input type="checkbox"/> De la Isla del Pacifico _____ <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Desconocida _____			<b>Grado más elevado de educación que completó: <i>seleccione uno</i></b> <b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16+</b>		
<b>¿Es de origen Latino/Hispano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <b>País de origen</b> _____			<b>¿Cuál es su lengua natal?</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
<i>Se me requerirá mostrar pruebas de que mi ingreso está dentro de los estándares cuando sea contactada por la gente de CMI.          Si estoy por encima de los estándares, yo seré responsable de mis gastos.</i>					
<b>¿Cuál es su ingreso antes de impuestos?</b> <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente   Ingreso: \$ _____ <input type="checkbox"/> Anualmente <i>Por favor tenga en cuenta: los empleados independientes, deben usar el ingreso neto después de los impuestos.</i>			<b>Tiene:</b> <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte A únicamente <input type="checkbox"/> Medicaid (cobertura completa) <input type="checkbox"/> Ninguno/Sin cobertura <input type="checkbox"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (porfavor enlista) _____		
<b>¿Cuántas personas viven con este salario?</b> _____			<b>¿Es su seguro un HMO?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Un HMO es una Organización de la Salud)		

**CÁNCER DE SENO Y CERVICAL: HISTORIAL MÉDICO PERSONAL Y FAMILIAR (SÓLO las mujeres deben contestar estas preguntas)**

¿Su madre, hermana o hija han tenido cáncer?  Sí  No  No sabe  
 ¿Usted ha tenido cáncer de seno?  Sí  No  No sabe  
 ¿Te han, realizado una histerectomía?  Sí  No  No sabe  
 Si le realizaron una histerectomía, ¿Fue para tratar el cáncer?  Sí  No  No sabe Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Le han realizado éstas pruebas anteriormente?:**

Prueba del Pap  Sí  No  No sabe Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Qué dijo el doctor sobre las pruebas realizadas? \_\_\_\_\_ Resultados:  Normal  Anormal

Mamografía (rayos x del seno)  Sí  No  No sabe Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Qué dijo el doctor sobre las pruebas realizadas? \_\_\_\_\_ Resultados:  Normal  Anormal

**CÁNCER DE COLON: HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR Y PERSONAL**

¿A cuántos parientes de la familia directa, aparte de usted, (padres, hermanos, hijas) se les ha dicho que tienen cáncer de colon o cáncer rectal?  0  1  2  
 3+  No sabe

¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 60 años?  0  1  2  
 3+  No sabe

¿A cuántos parientes de la familia directa, aparte de usted, (padres, hermanos, hijas) se les ha dicho que tienen pólipos en el cólon?  0  1  2  
 3+  No sabe

¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 50 años?  0  1  2  
 3+  No sabe

¿A cuántos parientes de la familia directa, aparte de usted, (padres, hermanos, hijas) se les ha dicho que tienen otros tipos de cáncer?  0  1  2  
 3+  No sabe  
 ¿Qué tipo de cáncer tienen? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez le han hecho alguna de estas pruebas?:**

Prueba Fecal de Sangre Oculta (FOBT)  Sí  No  No sé Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? \_\_\_\_\_ ¿Su prueba fue positiva o negativa?  Positiva  
 Negativa

Colonoscopia  Sí  No  No sé Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? \_\_\_\_\_ ¿Se sacaron pólipos?  Sí  No  No sabe

Sigmoidoscopia  Sí  No  No sé Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? \_\_\_\_\_ ¿Se sacaron pólipos?  Sí  No  No sabe

Enema de Bario de Contraste Doble (DCBE)  Sí  No  No sé Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera o un profesional de la salud que usted tiene:  
 Enfermedad de Crohns  Sí  No  No sabe  
 Adenomatous Polyposis Familiar (FAP)  Sí  No  No sabe  
 Cáncer Colorectal Hereditario Sin Poliposis (HNPCC)  Sí  No  No sabe  
 Enfermedad Inflammatoria del Intestino (IBD)  Sí  No  No sabe  
 Colitis Ulcerativa  Sí  No  No sabe

¿Está usted bajo tratamiento por alguna de las condiciones anteriores?  Sí  No  No sabe

¿Dentro de los últimos 30 días, ¿ha sangrado del recto?  
 ¿Qué dijo su doctor acerca de la hemorragia rectal? \_\_\_\_\_  Sí  No  No sabe

¿Alguna vez le han dicho que tiene pólipos en el cólon?  
 ¿Qué tipo de pólipos eran? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos pólipos eran? \_\_\_\_\_  Sí  No  No sabe

¿Alguna vez le han dicho que tiene cáncer rectal o del cólon?  
 Si la respuesta es sí, cuándo fue diagnosticado? \_\_\_\_\_  Sí  No  No sabe

¿Quién es su proveedor del cuidado de salud principal (nombre del médico) : \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

# Evaluación de la Salud

Para que EWM/NCP pague por los servicios que le sean prestados, usted **DEBE** completar todas las áreas sombreadas en gris.

- |  |  |
|--|--|
| (1) ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que su colesterol en la sangre es alto?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (2) ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que su presión sanguínea es alta?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (3) ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene diabetes?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Gestacional (durante el embarazo)<br>Sólo diabetes<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder |
| (4) ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene uno de los siguientes: ataque cardíaco (también conocido como infarto al miocardio) angina de pecho, enfermedad coronaria, derrame cerebral? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (5) ¿Alguna vez su padre, hermano o hijo han sufrido un derrame cerebral o un ataque cardíaco antes de los 55 años de edad?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (6) ¿Alguna vez su madre, hermana o hija han sufrido un derrame cerebral o un ataque cardíaco antes de los 65 años de edad?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (7) ¿Alguna vez un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho a sus padres, su hermano o hermana que tienen diabetes?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (8) ¿Está tomando medicamentos para el colesterol alto, prescritos por su doctor, enfermera o profesional de la salud?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (9) ¿Está tomando medicamentos para la presión sanguínea alta, prescritos por su doctor, enfermera o profesional de la salud?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (10) ¿Está tomando medicamentos para la diabetes, prescritos por su doctor, enfermera o profesional de la salud?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |
| (11) ¿Fuma cigarrillos?  | <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días<br><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder                        |
| (12) Sin contar <i>decks</i> , porches ni garajes, durante los pasados 7 (siete) días, ¿cuántos días otras personas fumaron tabaco dentro de su casa en su presencia?  | ___ Número de días <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> No sabe/No está Seguro<br><input type="checkbox"/> Rehúsa /No desea responder  |

## Frutas y Vegetales

- |  |   |
|--|---|
| (13) ¿Cuántas porciones de frutas comió ayer? <i>Esto incluye vegetales frescos, congelados o secos, pero no incluiría jugo de fruta.</i>  | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| (14) ¿Cuántas porciones de 100% jugo de fruta tomó ayer? <i>Esto no incluiría cualquier jugo con la palabra bebida o cóctel en la etiqueta, Hi-C, Tang, o Sunny Delight.</i>   | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| (15) ¿Cuántas porciones de vegetales comió ayer? <i>Esto incluye vegetales frescos, congelados, enlatados, además de cualquier jugo de vegetal o sopas y guisos hechos con vegetales. También incluye papas, ensalada y salsa.</i> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6                            |

### Actividad Física

- (16) Durante una semana normal, ¿cuántos días está activo por lo menos 10 minutos continuos? La palabra activo quiere decir caminar rápidamente, andar en bicicleta, pasar aspiradora, trabajar en el jardín o cualquier otra actividad que causa un aumento en la respiración o ritmo del corazón.
- (17) En los días en que usted está activo, ¿cuánto tiempo en total está activo cada día? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos
- (18) ¿Usted experimenta cualquier molestia en el pecho o falta de respiración cuando camina rápidamente?
- (19) ¿Su proveedor del cuidado de salud le ha dicho alguna vez que no debe aumentar su actividad física?
- (20) ¿Usted está limitado de cualquier manera de sus actividades normales debido a artritis o problemas con las articulaciones?
- (21) ¿Alguna vez, algún doctor o profesional de la salud le ha dicho que tenía artritis, lupus o fibromialgia?

### Otras Preguntas Importantes Relacionadas con su Salud

- (22) Durante el último mes ¿con cuánta frecuencia se ha sentido molesto por sentirse deprimido, agitado o sin esperanzas?
- (23) Durante el último mes, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido molesto por tener poco interés/placer en hacer actividades?
- (24) Durante el último mes, ¿Un médico o proveedor del cuidado de salud le ha dicho que tiene depresión?
- (25) ¿Actualmente está tomando medicina para la depresión?
- (26) ¿Cuándo fue la última vez que tomó más de cuatro bebidas alcohólicas en un día?
- (27) ¿Se siente usted seguro en su relación actual?
- (28) ¿Alguien le ha pegado, pateado o lastimado en el último año?
- (29) ¿Tiene una pareja de una relación previa que le está haciendo sentirse inseguro ahora?
- (30) ¿Con cuánta frecuencia utiliza cinturones de seguridad cuando maneja o va en automóvil?
- (31) Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido una vacuna contra la gripe?  
Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_
- (32) ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?
- (33) ¿Cuándo fue la última vez que consultó con un dentista por cualquier razón?
- (34) ¿Cuándo fue la última vez que un médico u oculista le examinó los ojos?
- (35) Por favor enumere todos los medicamentos recetados que usted toma regularmente: \_\_\_\_\_
- (36) ¿Tomó su(s) dosis completa hoy?  
Si no, ¿por qué?  Costo  Efectos secundarios  Agotó la muestra/el suministro  Otro \_\_\_\_\_
- (37) Haga el favor de anotar todas las medicinas no recetadas, vitaminas o suplementos de hierbas que toma regularmente: \_\_\_\_\_



## Reimbursable Required Risk Reduction Counseling:

- Entire packet must be completed and reviewed
- Preventive health behaviors/risk factor reduction
- Physical activity
- BMI / Weight Management
- Nutrition
- Tobacco cessation

Client Referred to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW

Colon Cancer Screening discussed with client

## Clinician: IMPORTANT for PAYMENT

- **Completion of this box is equivalent to submitting a claim for Risk Reduction Counseling.**
- You **MUST** initial in order to be reimbursed.

Total time spent: \_\_\_\_\_

10 minutes       20 minutes       30 minutes

Mid-Level Initials \_\_\_\_\_

Physician Initials \_\_\_\_\_

## General Clinical Services for All Clients

Height: (with shoes off) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ feet/inches \_\_\_\_\_ Refused

Weight: \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ Refused

Waist Circumference: \_\_\_\_\_ inches \_\_\_\_\_ Refused

Blood Pressure (1): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg \_\_\_\_\_ Refused

Blood Pressure (2): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg \_\_\_\_\_ Refused

**2 Blood Pressure readings *MUST* be taken at this visit.  
CDC & JNC VII Guidelines *REQUIRE* 2 blood pressures**

## Clinical Breast Exam

### Mark finding:

- Negative/Benign
- Suspicious for **BREAST** Malignancy  
*Immediate follow up is required beyond mammography*
- Not Performed (*list reason*) \_\_\_\_\_

## Mammography

### Recommended Reimbursement as follows:

- **40-74 every 2 years**

### Mark if:

- Bi-ennial mammogram  Follow up mammogram  
*Give client Mammography Order Form*
- Mammogram not ordered *If not performed, mark or list reason:*
  - Not age appropriate
  - Other \_\_\_\_\_

## Pelvic Exam

### Mark finding:

- Negative/Benign       Visible Suspicious **CERVICAL** lesion
- Not Performed (*list reason*) \_\_\_\_\_

## Screening Pap

**PROGRAM POLICY: Client is ONLY eligible EVERY THREE YEARS or EVERY FIVE YEARS with HPV co-testing.**

*EWM Medical Advisory Committee strongly recommends liquid-based Pap testing.*

- Pap test performed** - place red & white EWM sticker on lab requisition  
*(HPV co-testing or reflexive HPV for ASC-US only)*
- Pap test not ordered** *If not performed, mark or list reason:*
  - Client not due based on national guidelines
  - Hysterectomy (with cervix removed) not due to cervical cancer

## Surveillance/Follow-Up

**Recommendation for Cervical Follow Up Every Year**

### Pap can ONLY be performed for one of the reasons below:

- Most recent Pap test was abnormal per 2012 ASCCP Guidelines
- Compromised Immune System (from HIV infection, organ transplant, chemotherapy or chronic steroid use)
- Intrauterine DES exposure
- History of Invasive Cervical Cancer
- Pap test performed** - place red & white EWM sticker on lab requisition
  - Liquid-Based**
- HPV Testing ONLY** for 12 months surveillance for diagnosis of ASC-US HPV+ - CINI (**NO CYTOLOGY**)

***This form expires on May 31, 2014***

**\*\*MUST be an approved contracted provider to receive reimbursement.**

**\*\*For the office visit to be paid, the client *MUST* have breast or cervical cancer screening services.**

Date of Service for Office Visit \_\_\_\_\_

Clinician Name \_\_\_\_\_ *(Please print full name - do not abbreviate)*

Clinic Name \_\_\_\_\_ *(Please print full name - do not abbreviate)*

City \_\_\_\_\_

*Clinical Practice Guidelines on Back*

# Clinical Practice/Reimbursement Reminders

For further information on guidelines, reimbursement, and program policies and procedures, please go to: [www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm)

## General Health

- CDC & JNC VII Guidelines REQUIRE 2 blood pressure readings to be taken at each visit
- Reported height and weight to client and discussed if this was a healthy weight for the client

## Breast Health

- Annual Clinical Breast Exam (CBE) is expected for all clients
- A CBE must accompany all mammography
- Screening mammography reimbursed only for women ages 40-74
- Bi-ennial mammography (every 2 years) is reimbursed for women ages 40-74
- Computer Aided Detection (CAD) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) is NOT covered

## Cervical Health

- Pelvic exam must be in conjunction with a Pap test and/or CBE
- Reimbursement based on the 2012 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) Cervical and Histological Guidelines (See [www.asccp.org](http://www.asccp.org)) as recommended by EWM Medical Advisory Committee to deliver the most cost effective public health program

## Colon Health

- Reimbursement by NCP is based upon pre-approval
- **Digital Rectal Exam (DRE)** and **in office FOBT** are not appropriate screening tools for colon cancer screening
- Any positive results on a FOBT kit requires a follow-up colonoscopy according to CDC

## Cardiovascular Health

## Lifestyle Health

- Discussed nutritional intake and offered suggestions for improvement
- Inquired about physical activity level and provided examples of how physical activity can be added in to daily activities

## Preventive Health

- Assessed client has received timely and age appropriate vaccinations and other health system checks

## Behavioral Health

- Reviewed depression risk and/or depression medications with client
- Inquired about relationship safety of client

## Risk Reduction Counseling

- Counseled the client on the interpretation of the test results and the recommended treatment, including a review of all results, medications ordered, lifestyle modifications, interventions recommended, and accessible community resources.
- Gave client the “Heart Health Results and Information” (pages 11 and 12). These two pages give the client and health care provider a place to write down the client’s CVD/Diabetes screening results. This is also a place for the client and health care provider to talk about goals to improve the client’s overall health.

## Smoking Health

- All clients who smoke must be referred to the Nebraska Quitline
- Assessed client’s readiness for smoking cessation or willingness to address second hand smoke issue

# Los Resultados y la Información de la Salud de su Corazón

Hable con su proveedor del cuidado de salud sobre los resultados de su examen antes del final de su consulta. Hable sobre lo que significan para usted y sobre cualquier cambio que puede hacer para tener una vida más saludable.

**Presión Sanguínea:** La presión sanguínea es la fuerza de su sangre empujando contra las paredes de sus arterias. Su presión sanguínea está al punto más alto cuando palpita su corazón, bombeando sangre. Esto es el número superior en la cifra de su presión sanguínea. Se llama presión sanguínea **sistólica**.

Cuando su corazón está descansando, entre los latidos, su presión sanguínea baja. Esto es el número inferior en la prueba de la cifra sanguínea. Se llama presión sanguínea **diastólica**.

**Rango Saludable:**

-Número sistólico es 120 o menos

-Número diastólico es 80 o menos

**Mi Presión Sanguínea es:** \_\_\_\_\_

*\*Provider should take two readings at this visit as required by Program Guidelines. (\*El médico debe de medir la presión sanguínea dos veces durante esta consulta porque las pautas del programa lo requiere).*

**1<sup>ra</sup> Presión Sanguínea:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Sistólico) (Diastólico)

**2<sup>da</sup> Presión Sanguínea:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Sistólico) (Diastólico)

Sistólico

Diastólico

180 y más

**ALERTA**

110 y más

160-179

**ETAPA 2  
Presión Sanguínea Alta**

100-109

140-159

**ETAPA 1  
Presión Sanguínea Alta**

90-99

120-139

**Presión Sanguínea un Poco Alta**

80-89

120 y menos

**Rango mas Saludable**

80 y menos

La presión sanguínea alta generalmente no tiene síntomas. Si una prueba resulta en un rango alta, hay una posibilidad de que desarrolle la presión sanguínea alta. Asegúrese de que se la chequee con frecuencia.

**Índice de Masa Corporal (BMI por sus siglas en inglés)** - La BMI es la medida de su peso en comparación a su altura. Si su BMI es 25 o más alta, podría estar en riesgo de una enfermedad cardíaca.

Mi altura es: \_\_\_\_\_

Mi peso es: \_\_\_\_\_

Mi BMI es: \_\_\_\_\_

**Sobrepeso  
BMI 25 a 29**

**Peso Saludable  
BMI 18 a 24**

**Obeso  
BMI de 30 o más alto**

**35 pulgadas o más**

Mujeres

**34 pulgadas o menos**

**Circunferencia de la cintura:** Lo que mide su cintura un poco más arriba de las caderas.

Mujeres: para reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca, la circunferencia alrededor de su cintura debe ser de 35 pulgadas o menos.

Hombres: Para reducir su riesgo de una enfermedad cardíaca, la circunferencia alrededor de su cintura debe ser de 40 pulgadas o menos.

**40 pulgadas o más**

Hombres

**39 pulgadas o menos**

*Es posible que los resultados de la prueba de colesterol y diabetes no estén listos hoy. Hable con su médico sobre cuándo estarán listos sus resultados y cómo entender estos resultados.*

**Colesterol Total**

El colesterol es una sustancia grasosa que produce su cuerpo. Usted también puede encontrarla en alimentos que vienen de animales como carne, huevos y queso.

**Mi colesterol total es:** \_\_\_\_\_

**Rango Saludable: Menos de 200**

**Alerta  
400 o más alto**

**Alto  
240 o más**

**En el límite superior de la normalidad  
200-239**

**Rango más Saludable Menos de 200**

**Meta  
60 o más alto**

**Debajo a 40 es muy bajo**

**Colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL por sus siglas en inglés)**

El colesterol de HDL es conocido como colesterol “bueno” porque los altos niveles de HDL parecen prevenir un ataque cardíaco. Los niveles bajos de HDL aumentan el riesgo de una enfermedad cardíaca.

**Mi colesterol de HDL es:** \_\_\_\_\_

**Rango Saludable: 40 o más alto**

# Los Resultados y la Información de la Salud de su Corazón

(Continuación)

<b>Diabetes</b> La diabetes tipo 2 comienza cuando su cuerpo no puede utilizar insulina como debe. Mantenerse activo y comer alimentos saludables puede ayudar a prevenir diabetes y bajar su riesgo de padecer de una enfermedad cardíaca y derrame cerebral. Se puede detectar la diabetes al realizar una prueba de la glucosa en la sangre mientras uno esté en ayunas.  El nivel de glucosa en mi sangre es: _____  Rango Saludable: Menos de 99	<b>Alerta</b> 375 o más alto
	<b>Diabetes</b> 126 o más alto
	<b>Pre-diabetes</b> 100-125
	<b>Gama Saludable</b> 99 o menos

**¿No están listos los resultados de detección hoy?**  
Hable con su proveedor sobre cuándo debe llamar o si usted recibirá los resultados en el correo.  
  
Fecha para llamar: \_\_\_\_\_  
  
Número telefónico: \_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_ Si, recibiré los resultados de mi clínica en el correo.

**Después de hablar de sus resultados del examen y el plan personal de acción con su médico, llévese esta hoja. ¡Tome acción para tener una vida saludable y recuerde que cambios pequeños pueden hacer una gran diferencia!**

## ¡Felicitaciones por tomar el tiempo para usted y su salud!

Los exámenes rutinarios de detección son la clave para llevar una vida saludable. Otras claves para llevar una vida saludable incluyen: seguir un plan de comer saludable, mantenerse activo regularmente, bajar de peso o mantener un peso saludable y no fumar. También, es importante tomar medicinas recetadas por su médico.

### ¿Cuál es su plan personal de acción para ayudarlo a estar más saludable?

**Actividad Física** - Las personas que no hacen mucha actividad física tienen un aumento del riesgo de padecer de una enfermedad cardíaca. Hacer actividad regular tiene muchos beneficios, tal como ayudar a las personas a dejar de fumar, bajar de peso, reducir el estrés, bajar la presión sanguínea y aumentar el colesterol HDL. Estar activo en la mayoría de los días de la semana por 30 a 60 minutos ayuda más a su corazón. **Mi Plan de Actividad Física:**

- \_\_\_\_\_ Hacer una lista de actividades físicas que me gustan mucho y hablar con mi médico sobre un plan que sea mejor para mí.
- \_\_\_\_\_ Inscribirme en un grupo de ejercicios o buscar un amigo para hacer ejercicios conmigo para mantenerme motivada.
- \_\_\_\_\_ Pedir apoyo de familia y amigos.
- \_\_\_\_\_ Empezar lentamente e incrementar hasta por lo menos 30 minutos por día en todos los días o la mayoría de los días de la semana. Para empezar, mi meta es:
  - \_\_\_\_\_ 10 minutos en total de caminar o hacer actividades por día por 5 a 7 días a la semana.
  - \_\_\_\_\_ 20 minutos en total de caminar o hacer actividades por día por 5 a 7 días a la semana.
  - \_\_\_\_\_ 30 minutos en total de caminar o hacer actividades por día por 5 a 7 días a la semana.
- \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Elecciones más Saludables de Alimentos** - Todos nosotros podríamos comer un poco mejor de lo que comemos. Evalúe honestamente cuántos vegetales y frutas usted está comiendo y cuánta grasa está incluida en su dieta. Después, identifique los hábitos malos de alimentación que pueda cambiar. Solamente comer uno o dos más vegetales y frutas por día puede hacer una diferencia! **Mi Plan de Comer Saludable:**

- \_\_\_\_\_ Comer porciones más saludables de comida. Mantener las porciones más pequeñas que mi puño.
- \_\_\_\_\_ Aprender a leer etiquetas de comida para ayudarme a escoger comidas saludables.
- \_\_\_\_\_ Comer 3 o más comidas integrales.
- \_\_\_\_\_ Comer por lo menos 5-9 raciones de frutas y vegetales por día. Para empezar, mi meta es:
  - \_\_\_\_\_ 1-3 raciones de frutas y vegetales por día.
  - \_\_\_\_\_ 4-6 raciones de frutas y vegetales por día.
  - \_\_\_\_\_ 7-9 raciones de frutas y vegetales por día.
- \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

**Dejar de Fumar** - Dejar de fumar no es fácil. De hecho, muchas personas dicen que es como perder a su mejor amigo. Sin embargo, solamente un cambio - de ser fumador a no ser fumador - puede hacer una gran diferencia en su salud futura. Las buenas noticias son que nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. **Mi Plan de Dejar de Fumar:**

- \_\_\_\_\_ Llamar al Nebraska Quitline al 1-800-QUIT-NOW para ayuda personalizada y gratuita.
- \_\_\_\_\_ Enterarme de los grupos o programas de apoyo local que ayuden a la gente a dejar de fumar.
- \_\_\_\_\_ Buscar otras cosas que me den placer que puedan tomar el lugar de fumar.
- \_\_\_\_\_ Escoger un método para dejar de fumar.
- \_\_\_\_\_ Escoger una fecha para dejar de fumar y cumplir con eso. Fecha: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

*Puede encontrar actividades basadas en la comunidad (Community based) gratis o de costo reducido que tal vez estén disponibles en su área en: [www.dhhs.ne.gov/womenshealth](http://www.dhhs.ne.gov/womenshealth) or [www.dhhs.ne.gov/menshealth](http://www.dhhs.ne.gov/menshealth)*